

การปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขกับความท้าทายของระบบบริการปฐมภูมิ

The National Public Health Reforms and the Challenges
of Primary Care Service Systemsเบญจมาภรณ์ ภิญโญพรพาณิชย์¹Benjamaporn Pinyopornpanich¹ชัยพร สุชาติสุนทร²Chaiyaporn Suchatsoonthorn²วิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย³Wllailuk Ruangrattanatrai³¹กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กรมควบคุมโรค¹Public Sector Development Division,

Department of Disease Control

²สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ²National Institute for Emergency Medicine³กองยุทธศาสตร์และแผนงาน³Policy and Planning Division, Office of the

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

Permanent Secretary MOPH

DOI: 10.14456/dcj.2022.56

Received: July 30, 2021 | Revised: November 2, 2021 | Accepted: November 2, 2021

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนางานบริการปฐมภูมิในประเทศไทยจากอดีตถึงปัจจุบัน และทิศทางการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทยในอนาคต รวมถึงจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ ผู้วิจัยทำการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิของประเทศไทย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการทบทวนเอกสาร สัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่มระหว่างเดือนเมษายน-สิงหาคม 2562 ประเด็นการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม ในเรื่องระบบบริการปฐมภูมิในอนาคต 20 ปี และทิศทางการดำเนินงานของระบบบริการปฐมภูมิที่ทำให้เกิดการมีสุขภาวะที่ดี ผลการศึกษาพบว่า การปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิของประเทศไทย มีการพัฒนาแนวคิดมาโดยตลอด จนปี 2562 เป็นจุดเปลี่ยนสำคัญ เนื่องจากมีการบังคับใช้พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 และระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. 2561 ทำให้เกิดกลไก และกระบวนการในการประสานความร่วมมือเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิด้านแรก ตลอดจนการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชนและภาคประชาชน ทำให้ระบบการส่งต่อผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการทุกระดับด้วยเทคโนโลยี และการบริการด้วยทีมหมอครอบครัวแบบสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งเป็นการดูแลอย่างองค์รวม ผสมผสานและต่อเนื่อง นอกจากนี้ประชาชนมีความตระหนักรู้ในการจัดการสุขภาพด้วยตนเอง แต่ผลการศึกษายังมีข้อจำกัดที่จะต้องพัฒนาเพื่อให้เกิดความเข้าถึงบริการในพื้นที่เขตเมือง โรงงานหรือสถานประกอบการขนาดใหญ่ จำเป็นต้องปรับปรุง และพัฒนาความร่วมมือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการปฐมภูมิ โดยจะลดข้อจำกัดในส่วนการบริหาร และกฎระเบียบของภาครัฐ ตลอดจนเพิ่มประสิทธิภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิของประชาชน

ติดต่อผู้พิมพ์ : เบญจมาภรณ์ ภิญโญพรพาณิชย์

อีเมล : jama_pin@hotmail.com

Abstract

This study aimed to assess the process of developing primary care service system in Thailand from past to present; and the direction of primary care service system reform that suitable for Thailand in the future; and to provide the policy recommendations for primary care service system reform. The researcher conducted a qualitative study on the reform of the primary care service system in Thailand. The data were collected by document review, in-depth interview and group discussions from April–August 2019. In-depth interview and group discussions emphasized the primary care service system in the future 20 years and the direction of operating the primary care service system that contributes to good health. The results of the study found that a concept of Thailand's primary care service system reform has been developed continuously until the year 2019, which was an important turning point due to the enforcement of the Primary Health System Act B.E. 2562 and the regulations of the Prime Minister's Office, District Quality of Life Development Board B.E. 2561 (2018). These created mechanisms and collaboration to provide primary health care services at the first stage as well as participation among public sectors, local government organizations, private and civil sectors. The referral system for service recipients and the information linkage through technological platforms between the service units at all levels were initiated as well as the services provided by the family doctor team with multidisciplinary that enhance a holistic, integrated and continuing care. Additionally, people are aware of their own health management. However, accessibility to services in urban areas, factories or large enterprises is suggested to improve. The cooperation and participation between the local government organizations and the private sectors are required to provide primary care services which should reduce the limitations in the administration and government regulations as well as increase the efficiency and accessibility to primary health care services of the people.

Correspondence: Benjamaporn Pinyopornpanich

E-mail: jama_pin@hotmail.com

คำสำคัญ

ปฏิรูประบบสาธารณสุข, ระบบบริการปฐมภูมิ, ทีมหมอครอบครัว

Keywords

Public health reforms, primary care system, family doctor team

บทนำ

ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561–2580)⁽¹⁾ ได้กำหนดวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” หรือเป็นคติพจน์ประจำชาติว่า “มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน” ในยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน กรอบแนวทางที่ต้องให้ความสำคัญ อาทิ (1) การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิตให้สนับสนุน

การเจริญเติบโตของประเทศ และ (2) การสร้างเสริมให้คนมีสุขภาพที่ดี และยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างโอกาสความเสมอภาคและเท่าเทียมกันทางสังคม กรอบแนวทางที่ต้องให้ความสำคัญการพัฒนา ระบบบริการและระบบบริหารจัดการสุขภาพระบบปฐมภูมิ กำหนดเป้าหมายหรือผลอันพึงประสงค์และผลสัมฤทธิ์ในภาพรวมของการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster: PCC) เพื่อประโยชน์ต่อประชาชน สังคม และประเทศชาติ ประกอบด้วย

(1) ประชาชน : ประชาชนมีสุขภาพดีแม้อยู่ใกล้โรงพยาบาล บนหลักการสร้างน้ำหอม (2) สังคม : ประชาชนกลุ่มต่าง ๆ ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท รวมถึงประชาชนกลุ่มเปราะบาง สามารถเข้าถึงบริการที่มีความจำเป็นอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรมด้วยความร่วมมือของทุกภาคส่วน (3) ประเทศ : มีระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ ที่ตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชนไทย ด้วยการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า เป็นธรรม และยั่งยืน ซึ่งบริการปฐมภูมิ (Primary Health Care) เป็นบริการสุขภาพด่านแรกที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุดและเป็นรากฐานสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศให้มีประสิทธิภาพ⁽²⁾ เพราะช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้ครอบคลุมทั่วถึงและเป็นธรรม เป็นบริการสาธารณสุขผสมผสาน โดยมีการจัดบริการเชิงรุกในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การควบคุมและป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพและการคุ้มครองผู้บริโภค รวมถึงการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ แม้ว่าประเทศไทยมีการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง แต่ในสถานการณ์ปัจจุบันระบบสาธารณสุขไทยได้รับผลกระทบจากหลายด้าน อาทิ การเข้าสู่สังคมสูงอายุ ปัญหาสิ่งแวดล้อมและมลพิษ การเคลื่อนย้ายประชากร เช่น แรงงานข้ามชาติ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่ส่งผลต่อการเกิดโรคระบาดรูปแบบใหม่ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ทำให้ประชาชนมีความต้องการรับบริการในโรงพยาบาลมากขึ้น จนเป็นปัญหาที่ประเทศไทยกำลังเผชิญสิ่งที่ท้าทายที่สำคัญ คือ ปัญหาความแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี เห็นได้จากข้อมูลจำนวนผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการทั่วประเทศเพิ่มขึ้นกว่าสองเท่าจาก 111.95 ล้านครั้งในปี 2546 เป็น 293.93 ล้านครั้งในปี 2560 หรือเพิ่มขึ้นจาก 2.45 ครั้งต่อคนต่อปี เป็น 4.01 ครั้งต่อคนต่อปี ส่วนข้อมูลอัตราการครองเตียงของโรงพยาบาล ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) มีอัตราการครองเตียงเฉลี่ยร้อยละ 104 โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) อัตราการครองเตียงเฉลี่ยร้อยละ 91 และ

โรงพยาบาลชุมชนมีอัตราการครองเตียงเฉลี่ยร้อยละ 79 โดยรวมแล้วอัตราการครองเตียงเฉลี่ยของโรงพยาบาลทุกระดับเท่ากับร้อยละ 72⁽³⁾ ดังนั้นเพื่อเพิ่มคุณภาพประสิทธิภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนอย่างทั่วถึง เป็นธรรม ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) ของกระทรวงสาธารณสุข⁽⁴⁾ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ โดยกำหนดให้การพัฒนาระบบบริการเป็นเลิศ เป็น 1 ใน 4 ยุทธศาสตร์ที่มุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิสอดคล้องกับแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขที่มีประเด็นการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ จึงทำให้ผู้ศึกษาสนใจที่จะศึกษาระบบปฐมภูมิที่เหมาะสมกับประเทศไทยซึ่งเป็นความท้าทายต่อระบบสาธารณสุขของประเทศในอนาคต

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนางานบริการปฐมภูมิในประเทศไทยจากอดีตถึงปัจจุบัน และทิศทางการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทยในอนาคตรวมทั้งจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและแนวทางการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน-สิงหาคม 2562 ใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 3 วิธี ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลผ่านเอกสาร คณะผู้วิจัยรวบรวมเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของประเทศไทย พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 โดยเป้าหมายของการวิเคราะห์เอกสารเพื่อศึกษากระบวนการพัฒนางานบริการปฐมภูมิในประเทศไทยจากอดีตถึงปัจจุบัน 2) การสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นเวลา 40-45 นาที คณะผู้วิจัยใช้ Snowball Technique ร่วมกับการสุ่มแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive sampling) เป็นการสอบถามกลุ่มตัวอย่าง เพื่อหาผู้ที่เกี่ยวข้องต่อนโยบายเพิ่มเติม โดยมีเป้าหมายเพื่อศึกษาทิศทางการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทยในอนาคต 3) การสนทนากลุ่ม

เป็นเวลา 3 ชั่วโมง คณะผู้วิจัยตั้งประเด็นคำถาม และรับฟังข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะในมุมมองของผู้ปฏิบัติงานของระบบบริการปฐมภูมิ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างของการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นผู้บริหารระดับนโยบาย/ผู้ทรงคุณวุฒิระดับชาติ ได้แก่ องค์กรมนตรี ผู้บริหารระดับสูงกระทรวงสาธารณสุข อดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข อดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหารภายนอกกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ เลขธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ รองปลัดกระทรวงแรงงาน ผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร รวมจำนวน 8 ท่าน ส่วนกลุ่มตัวอย่างสำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus group) เลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้เกี่ยวข้องกับระบบบริการปฐมภูมิในจังหวัดราชบุรี ได้แก่ นายกเทศมนตรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลเอกชน จำนวน 7 ท่าน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 15 คน

เครื่องมือและอุปกรณ์ในการวิจัย ได้แก่ การวิเคราะห์เอกสาร ผู้วิจัยใช้แบบบันทึกข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์เอกสารเพื่อเป็นการเรียบเรียงเอกสาร สำหรับการสัมภาษณ์แบบเชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้กำหนดแนวคำถาม ซึ่งครอบคลุมประเด็นระบบบริการปฐมภูมิในอนาคต 20 ปี และทิศทางการดำเนินงานของระบบบริการปฐมภูมิที่ทำให้เกิดการมีสุขภาพที่ดี

การวิเคราะห์ข้อมูล ดำเนินการพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสาร 2) การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และ 3) การนำผลวิเคราะห์จากขั้นตอนที่ 1 และ 2 มาอภิปรายร่วมกันเพื่อสังเคราะห์เป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้ 1) การเตรียมข้อมูล หลังจากการสัมภาษณ์และการถอดเทปบันทึกเสียง ผู้วิจัยจะอ่านทวนข้อมูลและฟังเทปบันทึกเสียงเพื่อความคุ้นเคยกับข้อมูล และตรวจสอบความถูกต้อง 2) อ่านและปรับปรุงการบันทึก

หลายครั้งเพื่อทำความเข้าใจข้อมูล ทำการบันทึกข้อมูลในประเด็นที่เกี่ยวข้อง 3) ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธีการสามเส้าด้านวิธีการเก็บข้อมูล (Method triangulation) โดยเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก สังเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ และสรุปประเด็นตามธีมที่วิเคราะห์

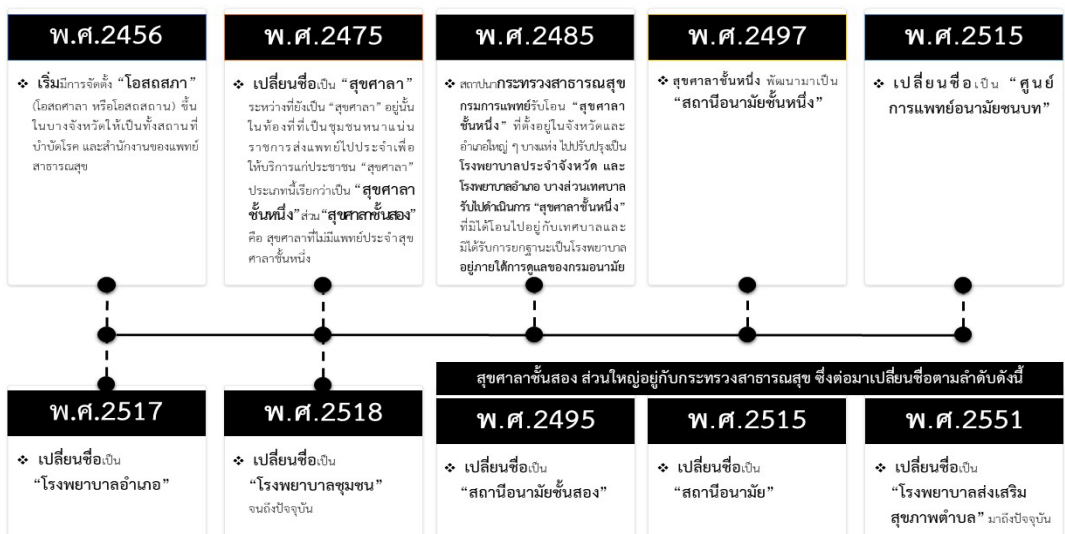
ผลการศึกษา

1.การพัฒนาและการดำเนินงานบริการปฐมภูมิในประเทศไทยจากอดีตถึงปัจจุบัน

ระบบปฐมภูมิเป็นบริการด่านแรกที่ประชาชนในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนเข้ามาสัมผัสกับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ ซึ่งจุดเน้นของบริการที่ระดับกว้างกว่าบริการทางการแพทย์แต่รวมไปถึงการดูแลที่เกี่ยวกับสุขภาพองค์รวมทั้งปัจจัยทางด้านสังคม และการดูแลทั้งครอบครัว ชุมชน มิใช่เฉพาะรายบุคคล เป็นการดูแลในทุกด้านที่เกี่ยวข้องที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดสภาวะสุขภาพดีของประชาชน บริการปฐมภูมิเป็นกลไกสำคัญและเป็นคำตอบที่นำไปสู่การจัดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ และตอบสนองต่อการปฏิรูประบบสุขภาพในปัจจุบันได้ ซึ่งสอดคล้องกับประกาศ อัลมา อัลตา ขององค์การอนามัยโลก (Alma Alta declarations of World Health Organization)⁽⁵⁾ ที่ให้ความสำคัญกับการบริการปฐมภูมิ นอกจากนี้จากผลการศึกษาของสุรศักดิ์และคณะ⁽⁶⁾ ได้ศึกษารูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิเขตเมืองในต่างประเทศ 14 ประเทศ พบว่า ประเทศที่มีระบบผู้เฝ้าประตู (Gate Keeper) ไม่ว่าจะเป็นโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจะส่งผลให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีการประสานความร่วมมือในการดูแลที่ดี มีแนวโน้มที่ผลลัพธ์สุขภาพประชากรจะดีขึ้นและค่าใช้จ่ายทางสุขภาพต่ำลง ดังนั้นบริการปฐมภูมิจึงเป็นกลยุทธ์ของระบบการจัดบริการสุขภาพเป็นพื้นฐานสำคัญของระบบสุขภาพ

อาจกล่าวได้ว่าตลอดประวัติศาสตร์การพัฒนาของการสาธารณสุขไทย แนวคิดระบบบริการปฐมภูมิถูกรับรู้และให้ความหมายที่แตกต่างกันนี้ เป็นไปตามบริบททางสังคมและประวัติศาสตร์ ซึ่งส่งผลให้งานปฐมภูมิถูกให้ความสำคัญมากน้อยแตกต่างกันไปแต่ละช่วงเวลา การจัดบริการสาธารณสุขในระดับชุมชนของประเทศไทยได้รับอิทธิพลจากแนวคิดหลักที่ถือว่ารัฐมีภาระหน้าที่ในการจัดหาบริการสุขภาพและสร้างหลักประกันด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนทุกคน⁽²⁾ แนวคิดเรื่องรัฐเป็นผู้จัดให้มีบริการสาธารณสุขระดับต้นนี้ ถือกำเนิดขึ้น

ในประเทศอังกฤษและขยายไปทั่วโลกหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 เพราะรัฐต่าง ๆ ยังไม่สามารถจัดสรรทรัพยากรเพื่อสร้างโรงพยาบาล และกระจายแพทย์ไปยังทุกส่วนของประเทศได้ ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยเวลานานและต้นทุนการผลิตที่สูง การจัดให้มีบริการสุขภาพระดับต้นกระจายไปในชุมชนจึงเป็นทางออกที่เป็นไปได้มากที่สุด ในยุคแรกของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพประเทศไทยได้รับอิทธิพลจากแนวคิดดังกล่าวเช่นกัน และมีการปรับเปลี่ยนชื่อสถานบริการสาธารณสุขในระดับชุมชนดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 วิวัฒนาการสถานบริการสาธารณสุขในระดับชุมชนของประเทศไทย

1.1 ความเป็นมาของระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทย สำหรับการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิมีหลักฐานที่แสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด โดยได้มีการพัฒนาแนวคิดตั้งแต่ปี 2532 เป็นต้นมา⁽⁸⁻¹⁰⁾ ไม่ว่าจะเป็นโครงการรณรงค์การสาธารณสุขมูลฐาน ในช่วงเริ่มเป้าหมายการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2543 หรือแม้กระทั่งการรณรงค์การพัฒนาคุณภาพชีวิต เป็นต้น แต่อาจจะกล่าวได้ว่ายังเป็นการพัฒนาแบบแยกส่วนและเน้นบทบาทหลัก ที่เป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข เท่านั้น การ

พัฒนาครั้งสำคัญต่อระบบปฐมภูมิที่มีความชัดเจนและต่อเนื่อง มีอยู่ช่วงหนึ่งคือ โครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย (ทสอ.) ช่วงปี 2535-2544 และมีการพัฒนาต่อมาในโครงการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในสถานบริการสาธารณสุข ส่วนภูมิภาค (พบส.)⁽⁷⁾ เป็นตัวอย่างที่แสดงให้เห็นความพยายามและการมองเห็นความสำคัญของระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งแต่เดิมให้ความสำคัญเฉพาะพื้นที่ชนบท หรือนอกเขตเมือง ต่อมาการเปลี่ยนแปลงของสังคมเป็นสังคมแบบเมืองหรือกึ่งเมืองมากขึ้น รายละเอียดดังภาพที่ 2

การพัฒนาแนวคิดระบบปฐมภูมิของประเทศไทย



ภาพที่ 2 การพัฒนาแนวคิดระบบบริการปฐมภูมิของประเทศไทย

โดยในปี 2532 มีการจัดทำต้นแบบ (Model) ของแนวคิดการดูแลสุขภาพปฐมภูมิที่ชัดเจนสำหรับประเทศไทยตลอดจนรูปแบบการทำงานของหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นไปได้ทั้งในระดับชนบทชนเมือง และในเมืองเกิดขึ้นอย่างจริงจังภายใต้ชื่อ “โครงการพัฒนาเวชปฏิบัติครอบครัวจังหวัดพระนครศรีอยุธยา” พร้อมกับการดำเนิน “โครงการอยุธยา” การให้บริการสุขภาพที่ดีผ่านแนวคิดการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิ 3 ประการ คือ การดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity of care) การดูแลอย่างผสมผสาน (Integrated health care) การดูแลอย่างองค์รวม (Holistic care) เป้าหมายของการพัฒนาระบบสาธารณสุข คือ การสร้างระบบสาธารณสุข ขบวนการที่มีบริการสุขภาพปฐมภูมิ คือ องค์ประกอบหลัก

ช่วงปี 2535 กระทรวงสาธารณสุขได้มี นโยบาย การพัฒนาสถานีนอามัยในชื่อ “ทศวรรษแห่งการพัฒนา สถานีนอามัย (ปี 2535-2544)” ในช่วงเวลานี้ได้ กำหนดสถานีนอามัยหรือหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ออกเป็น 2 ประเภท คือ สถานีนอามัยทั่วไป และสถานีนอามัยขนาดใหญ่ โดยกำหนดให้สถานีนอามัยขนาดใหญ่ มีบทบาทเช่นเดียวกับสถานีนอามัยทั่วไป แต่จะมีความสามารถในการปฏิบัติงานบางด้านสูงกว่า ตลอดจน

มีเครื่องมือเครื่องมือทางการแพทย์มากขึ้น ช่วงทศวรรษ แห่งการพัฒนาสถานีนอามัยมีการปรับปรุงและพัฒนา สถานีนอามัยอย่างมาก แต่จากการประเมินโครงการหลัง จากการดำเนินการมาระยะหนึ่งพบว่าอุปสรรคสำคัญ คือ การให้ความสำคัญกับนโยบายขึ้นอยู่กับผู้บริหารระดับสูง ของกระทรวง และการที่ไม่มีหน่วยงานรับผิดชอบ นโยบายโดยตรง ทำให้การดำเนินโครงการไม่ชัดเจนและ ต่อเนื่อง หลังจากวิกฤตเศรษฐกิจของประเทศไทยในปี 2540 แนวคิดการดูแลสุขภาพปฐมภูมิได้รับการให้ความสำคัญ อีกครั้งหนึ่ง โดยกระทรวง สาธารณสุขดำเนินนโยบาย “สุขภาพดี ต้นทุนต่ำ” เพื่อแก้ไขปัญหาด้านงบประมาณ ของประเทศจากผลของปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจ

ปี 2543 มีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างระบบบริการสุขภาพ ขนาดใหญ่ โดยเฉพาะระบบสุขภาพปฐมภูมิได้กลายเป็น ด้านหน้าของยุทธศาสตร์การสร้างระบบสุขภาพใหม่ และ หน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิก็ได้รับความสำคัญ อีกครั้ง ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นพัฒนาการต่อเนื่องจากแนวคิด ระบบสุขภาพดี ต้นทุนต่ำของรัฐ โดยมองว่าหากการดูแลสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง ภาระต้นทุนค่าใช้จ่ายของระบบ หลักประกันสุขภาพของชาติโดยรวมจะลดลง และมีผล การศึกษายืนยันไปในทำนองเดียวกัน กล่าวคือผู้บริหาร

ของกระทรวงสาธารณสุข ส่วนใหญ่มีความเห็นร่วมกันว่า รัฐควรให้ความสำคัญในการลงทุนกับสถานพยาบาลระดับต้นในชุมชน โดยมีเหตุผลที่สำคัญคือ เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง และเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ มีการบริการสุขภาพที่มีต้นทุนต่ำ ยังเป็นการสนับสนุนให้เกิดการส่งเสริมและป้องกันโรคเพิ่มมากขึ้นด้วย

ต่อมาในช่วงปี 2549-2554 ภายหลังมีนโยบายระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบปฐมภูมิได้นำเสนอรูปแบบ ศูนย์แพทย์ชุมชน (Community Medical Unit: CMU) และมีโครงการโรงพยาบาลลดความแออัดเพื่อพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิในเขตเมือง ตามแนวคิดการจัดตั้งหน่วยคัดกรองผู้ป่วยหรือ Gate keeper

ในปี 2555 กระทรวงสาธารณสุขได้มีการประกาศนโยบายการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองเพื่อลดความแออัดโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และพัฒนาบริการปฐมภูมิในเขตเมือง ซึ่งจะเห็นได้จากจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิภาครัฐที่เพิ่มขึ้นในปี 2555-2556 ส่วนใหญ่เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง ของกระทรวงสาธารณสุข

1.2 ความสำคัญในการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิในปัจจุบัน

พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ประกาศเมื่อวันที่ 26 เมษายน 2562⁽¹⁾ โดยที่ มาตรา 47 วรรคหนึ่งของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย บัญญัติให้บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการสาธารณสุขของรัฐ และมาตรา 55 บัญญัติให้รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยบริการสาธารณสุขดังกล่าวต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งรัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับมาตรา 258 ข. ด้านอื่นๆ⁽⁵⁾ บัญญัติให้ดำเนินการ

ปฏิรูปประเทศโดยให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม หน่วยบริการปฐมภูมิจัดให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการในจำนวนที่เหมาะสม ทำหน้าที่ดูแลผู้รับบริการตามรายชื่อในเขตพื้นที่ของหน่วยบริการ

ดังนั้นระบบบริการปฐมภูมิ จึงเป็นกลไกและกระบวนการในการประสานความร่วมมือเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชนและภาคประชาชน รวมทั้งการส่งต่อผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

จากการศึกษาเอกสารพบว่าบริการปฐมภูมิในพื้นที่กรุงเทพมหานครดำเนินงานโดยหน่วยงานที่หลากหลาย⁽¹²⁾ ขาดการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ขาดกลไกการเชื่อมโยงระบบการส่งต่อ ส่งกลับผู้ป่วยที่ชัดเจน ทำให้การบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการพัฒนาาระบบสุขภาพเขตเมืองอย่างมีส่วนร่วมมีข้อจำกัด ขาดกลไกที่เอื้อต่อการประสานงานระหว่างหน่วยงานทั้งในและต่างภาคส่วนอย่างจริงจัง และต่อเนื่อง แม้จะมีการแบ่งแยกพื้นที่ปกครองเชิงอำนาจตามกฎหมายก็ตาม ทำให้ระบบสุขภาพโดยรวมได้รับการพัฒนาไปแบบไร้ทิศทาง กระทรวงสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพร่วมกันกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหาในระดับนโยบายที่สำคัญคือ มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8 โดยมีมติดังต่อไปนี้ 1) จัดตั้งคณะกรรมการระดับชาติจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพเขตเมือง โดยการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม 2) จัดทำแผนยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพเขตเมือง 3) จัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพเขตเมืองในระดับชาติ และระดับเขตสุขภาพ 12 เขต 4) ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยและพัฒนา สนับสนุนการดำเนินงานการวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพเขตเมืองอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมในทุกมิติของการพัฒนาระบบสุขภาพเขตเมือง 5) ให้กระทรวงสาธารณสุขเป็น

หน่วยงานหลักร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม สำนักงานประมาณ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนให้มีการศึกษาทดลองด้านการเงินการคลังสุขภาพ

จากการศึกษาข้อมูลเชิงนโยบายกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ปี 2559 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกนโยบายที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนสุขภาพะเขตเมือง ได้แก่ นโยบายการพัฒนาบริการปฐมภูมิโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ ภายใต้คลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster: PCC) โดยกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุขระยะ 20 ปี⁽⁴⁾ ในการขับเคลื่อนนโยบาย Startup Thailand 4.0 กำหนดแผนเป็น 4 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 การปฏิรูประบบสุขภาพ ระยะที่ 2 เป็นการสร้างความเข้มแข็ง ระยะที่ 3 ดำเนินการให้เกิดความยั่งยืน และระยะที่ 4 เมื่อสิ้นแผนในปี 2579 ประเทศไทยจะเป็นผู้นำด้านการแพทย์และสาธารณสุข 1 ใน 3 ของเอเชีย โดยตั้งเป้าหมายให้ “ประชาชน สุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ผ่านกลไกการขับเคลื่อนงานในระดับอำเภอภายใต้นโยบายการจัดการระบบสุขภาพอำเภอ และนับว่ากลไกสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพภายใต้ยุทธศาสตร์สุขภาพ 20 ปี โดยมีจุดเด่นของการดำเนินงานที่สามารถเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานอื่นๆ และประชาชน ในพื้นที่ เพื่อร่วมกันจัดการปัญหาสุขภาพของพื้นที่ให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้ ไม่ทอดทิ้งกัน มีเครือข่าย บริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ มีการบูรณาการด้านการบริหารจัดการของระบบสุขภาพระดับพื้นที่/อำเภอ ซึ่งเป็นจุดคานงัด (Main lever) ของระบบ คือ การเปลี่ยนฐานระบบบริการจาก “โรงพยาบาล” เป็น “พื้นที่” โดยไม่ลดความสำคัญของโรงพยาบาล และปรับศูนย์กลางของการให้บริการในระบบบริการจาก “โรค” เป็น “ประชาชน” และเน้นระบบการพัฒนา “เครือข่ายทีมผู้ให้บริการสหวิชาชีพ” (Matrix team) กับกลไกการขับเคลื่อนหลัก (Key driver) เป็นการ

เชื่อมโยงจากภาครัฐ เอกชน ชุมชน และท้องถิ่น ทำให้ระบบสุขภาพอำเภอหรือระบบสุขภาพพื้นที่ มีคุณลักษณะของการเป็นระบบที่มีความซับซ้อนและมีการปรับตัว (Complex and adaptive system) โดยมุ่งหวังให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community based) การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care) การดูแลที่ต่อเนื่องและผสมผสาน (Integrated and continuity of care) นับเป็นกลไกการหนุนเสริมการพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ขนาดเหมาะสมได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถดูแลได้ทั่วถึง

ในปัจจุบัน คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนปฏิรูปด้านระบบบริการ ได้จัดทำพระราชบัญญัติการแพทย์ปฐมภูมิและบริการสาธารณสุข พ.ศ. 2561 เป็นไปตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 55 และ มาตรา 258 เพื่อเป็นกฎหมายที่ใช้ในการบริหารจัดการระบบการแพทย์ปฐมภูมิและบริการสาธารณสุข มีประสิทธิภาพ การจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)⁽¹¹⁾ (ปัจจุบันเรียกชื่อเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หรือ พชอ.) ภายใต้กลไกการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เป็นการยกระดับการทำงานของจัดการระบบสุขภาพอำเภอให้เกิดการทำงานด้านสุขภาพร่วมกันกับทุกภาคส่วน ภายใต้การใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง

จากการวิเคราะห์เอกสาร พบว่าการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในปัจจุบันมุ่งสู่กระบวนการแก้ปัญหาร่วมกันแบบบูรณาการ คณะกรรมการ พชอ. จึงเป็นคณะทำงานที่ทำหน้าที่บริหารจัดการในการบูรณาการและสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชนโดยมีกรอบความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชนด้วยระบบสุขภาพอำเภอ อีกทั้งเป็นแนวคิดที่ชี้ให้เห็นว่าระบบบริการปฐมภูมิเป็นจุดยุทธศาสตร์ของการพัฒนาระบบบริการ

สาธารณสุข เพื่อให้เกิดบริการสาธารณสุขพื้นฐานที่ทั่วถึง มีคุณภาพ และประสิทธิภาพ รวมทั้งการต่อยอด เชื่อมโยงไปถึงการพัฒนาระบบสุขภาพด้วย

2. ทิศทางการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทยในอนาคต

2.1 ผลการศึกษาการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารระดับนโยบาย/ผู้ทรงคุณวุฒิระดับชาติผู้บริหารระดับสูง กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 8 คน ได้ข้อสรุปดังนี้

“งานปฐมภูมิ คือ การพึ่งตนเอง ซึ่งการพึ่งตนเองนั้นเป็นระดับการพึ่งตนเองด้วยตนเอง ด้วยครอบครัว ด้วยชุมชน” สิ่งที่ต้องต้องดำเนินการทำให้ประชาชนเข้าถึงการบริการอย่างทั่วถึงและเป็นธรรมโดยครอบคลุมทั้งการส่งเสริม การป้องกันโรค การรักษา การฟื้นฟู และตระหนักถึงการดูแลสุขภาพตัวเองอย่างถูกต้องทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

ผู้ให้สัมภาษณ์ได้เสนอข้อคิดเห็นที่สำคัญต่องานสาธารณสุข ดังนี้ 1) การพัฒนาการมีส่วนร่วมของ พชอ. โดยมองผลลัพธ์ที่คุณภาพชีวิตของประชาชนสร้างระบบบริการพื้นฐานของรัฐที่เชื่อมโยงความจำเป็นพื้นฐานและสร้างคุณภาพชีวิตภายใต้การบูรณาการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน 2) การมีระบบบริการปฐมภูมิ ที่ตอบสนองต่อสังคมชนบทและสังคมเมืองได้อย่างมีประสิทธิภาพ อาทิเช่น ในสังคมชนบท ต้องมีระบบโครงสร้างพื้นฐาน (infrastructure) ที่รองรับการให้และการรับบริการปฐมภูมิ ส่วนในสังคมเมืองพนักงานลูกจ้างไม่อยากลางาน หรือเสียเวลาการทำงานในการไปรับบริการ ดังนั้นการให้บริการจะต้องสะดวกในการเข้าถึง 3) การเชื่อมโยงข้อมูลของคนใช้อย่างเป็นระบบและไร้รอยต่อระหว่างหน่วยบริการต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ 4) ควรมีการบูรณาการประสานเชื่อมการทำงานทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข จะเกิดการทำงานร่วมกันแบบภาคีเครือข่าย ช่วยเสริมพลังในส่วนขาด 5) ควรสร้าง

ระบบหมอครอบครัวที่เพียงพอต่อการพัฒนาระบบปฐมภูมิ 6) ระบบการบริหารจัดการที่แตกต่างกันเนื่องจากแนวคิดการจัดการระบบบริการปฐมภูมิมาจากแนวคิดของประเทศในยุโรป แต่ระบบการฝึกหัดแพทย์และมุ่งเน้นการรักษากับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเป็นแนวคิดที่ได้รับอิทธิพลมาจากสหรัฐอเมริกา

ในส่วนของระบบปฐมภูมิในกรุงเทพมหานคร (Primary Care Cluster) มีศูนย์บริการสาธารณสุขเป็นหน่วยงานดูแลในพื้นที่เป็นจำนวน 68 แห่ง ครอบคลุม 50 เขต โดยบริบทด้านสุขภาพในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (กทม.) การดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวในเขตกรุงเทพมหานครประสบความสำเร็จด้วย 1) การทำงานร่วมกันแบบเครือข่าย ประกอบด้วยศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ทำงานแบบการจัดการพื้นที่ (Area Manager) มีคลินิกชุมชนอบอุ่น คลินิกนอกเวลา แบบไม่มีการนัดหมาย (Walk in clinic) หน่วยร่วมให้บริการ คลินิกทันตกรรม ร้านขายยา โรงพยาบาลรับส่งต่อแม่ข่าย 2) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมกับกรุงเทพมหานคร และรพ.รัฐบาล พัฒนาการทำงานแบบเครือข่าย (Primary Care Trust) เพื่อลดความแออัด และสร้างความมั่นใจในคุณภาพบริการให้กับประชาชน 3) เครื่องมือสำคัญที่ใช้ในการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยทางแม่ข่ายและลูกข่าย คือ การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยทางอิเล็กทรอนิกส์

นอกจากนี้โรงงานในเขตเมือง มีการดำเนินงานภายใต้กฎกระทรวงของกระทรวงแรงงานอย่างเคร่งครัด มีข้อกำหนดสถานพยาบาลทุกโรงงาน ผู้ประกอบการให้การสนับสนุนการตรวจสุขภาพตามเงื่อนไขของกฎหมาย จากการสัมภาษณ์เจ้าของโรงงาน พบว่าพนักงานส่วนใหญ่ในโรงงานมีความวิตกกังวล หรือไม่อยากขาดงานมาเพื่อพบแพทย์เนื่องจากทำให้สูญเสียรายได้ ดังนั้นโรงงานจึงทำโครงการร่วมกับสำนักงานประกันสังคมจังหวัดในการประสานงานระหว่างโรงงานและโรงพยาบาลในการตรวจสุขภาพ โดยเจ้าของโรงงานเข้ามามีส่วนร่วมในการเลือกชนิดของการตรวจและดูแลงบประมาณ เพื่อให้พนักงานได้รับการตรวจสุขภาพ

ให้เกิดการใช้เงินอย่างคุ้มค่าและเหมาะสมกับความจำเป็นด้านสุขภาพของพนักงาน ดังนั้นหากมีระบบการดูแลสุขภาพที่ดีจะทำให้พนักงานมีสุขภาพดีขึ้น และมีระบบจัดการการพบแพทย์ที่ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายและสูญเสียเวลาในการทำงานน้อยที่สุด

2.2 ผลการศึกษาจากการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ในบุคลากรสาธารณสุข

จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลเอกชน และนายแพทย์สมนตรี ในจังหวัดราชบุรี จำนวน 7 คน พบว่า ระบบบริการปฐมภูมิยังมีปัญหาและข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการของคนในพื้นที่ห่างไกลและด้อยโอกาสยังไม่ทั่วถึง ขาดความร่วมมือและการบูรณาการ การทำงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีนโยบายการดำเนินงานของแต่ละองค์กรที่อาจแตกต่างกัน ซึ่งต้องหาจุดเชื่อมตรงกลางหรือมีหน่วยงาน/องค์กรกลาง ทำหน้าที่ในการประสานเชื่อมโยงการดำเนินงานให้เป็นทิศทางเดียวกัน และมุ่งผลลัพธ์ที่จะได้รับร่วมกัน เช่น ประชาชนสุขภาพดี ซึ่งในระดับบุคคล ยังมีความรอบรู้เรื่องสุขภาพค่อนข้างน้อย ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพและลดปัญหาทางสังคม อีกทั้งความชัดเจนในระดับนโยบาย โดยเฉพาะทางการเมืองซึ่งมีส่วนสำคัญในการกำหนดทิศทางการดำเนินงาน ปัญหาในการแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติซึ่งยังไม่สามารถระบุได้ว่าปีแรกมีเป้าหมายอย่างไรตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจการดูแลสุขภาพของคนในท้องถิ่นกลายเป็นภารกิจหลักของท้องถิ่น แต่เมื่อมีการถ่ายโอนภารกิจ มาให้ท้องถิ่น โดยในช่วงแรกได้มีการถ่ายโอนภารกิจดูแลสุขภาพเบื้องต้นในระดับปฐมภูมิ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เน้นงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งมีข้อจำกัด 1) การขาดการเตรียมความพร้อมในท้องถิ่น (งบประมาณ คน ระบบงาน) 2) การไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินการถ่ายโอนภารกิจ ของทั้งหน่วยงานผู้รับโอนภารกิจ (ท้องถิ่น) และสถานบริการ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลัก

ในการกำหนด ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีหลายส่วนที่เป็นข้อจำกัดส่งผลให้ การจัดบริการและบทบาทการดูแลสุขภาพประชาชนของท้องถิ่นยังไม่ชัดเจน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขไม่ได้ทำหน้าที่ส่งเสริม ช่วยเหลือ ปรึกษา แนะนำ แก่ระดับพื้นที่เพื่อให้การดำเนินงานเกิดผลสำเร็จ และกระทรวงสาธารณสุข มีข้อมูลจำนวนมากแต่ ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ ระบบการประเมินที่ยังไม่สามารถตอบสนองได้ทันที (Real time) ตลอดจนการกำหนดโครงสร้าง กรอบอัตรากำลังด้านสาธารณสุข ขององค์กรปกครองท้องถิ่น (อปท.) ไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ทำให้เกิดปัญหาการทำงานการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ของ อปท. และ รพ.สต. ยังมีความซ้ำซ้อน มีช่องว่างต่อกัน ทำให้ประชาชน ในพื้นที่ขาดสิทธิประโยชน์ในการดูแล และทำให้ท้องถิ่นนั้นเสียโอกาสในการใช้งบประมาณ ในเชิงประสิทธิภาพ หรือคุณภาพ การขาดแคลนทรัพยากร (คน เงิน ของ) ที่ต้องดำเนินการตามมาตรการลดความแออัดของโรงพยาบาลใหญ่ อาจจะเป็นสินามิของผู้ป่วย ที่ผลักให้ผู้ป่วยลงมารับการรักษาที่ระบบบริการปฐมภูมิ และส่งผลให้ระบบบริการปฐมภูมิให้การดูแลสุขภาพป้องกันโรคลดลงแต่กลับต้องมาให้บริการรักษาพยาบาลเพิ่ม มากขึ้น ในขณะที่เจ้าหน้าที่มีจำนวนไม่เพียงพอและโครงสร้างของระบบบริการปฐมภูมิไม่ได้ออกแบบมาเพื่อรองรับกับจำนวนผู้ป่วย ข้อจำกัดด้านงบประมาณ ซึ่งในอนาคตระบบปฐมภูมิจะได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณภายใต้พระราชบัญญัติปฐมภูมิ ซึ่งจะผลบังคับใช้ในวันที่ 29 กรกฎาคม 2562 ที่ได้กำหนดขอบเขตบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐาน (Basic package) ที่กำหนดให้มีการจัดสรรงบประมาณจาก 3 กองทุน มาให้ระบบบริการปฐมภูมิและกำหนดให้มีคณะกรรมการฯ จำนวน 25 ท่านที่ประกอบด้วยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน และมีผู้บริหารในกระทรวงที่เกี่ยวข้อง เป็นคณะกรรมการ พร้อมทั้งมีตัวแทนจาก รพ.สต. ศูนย์สุขภาพชุมชนและภาคประชาสังคม เป็นคณะกรรมการ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม ในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 15 ท่าน คณะผู้ศึกษาได้สังเคราะห์เป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ ควรจัดลำดับการพัฒนาของหน่วยบริการปฐมภูมิ ควรกำหนดเป้าหมายในการวางยุทธศาสตร์เพื่อขับเคลื่อนให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่โดยดำเนินการกำหนดเป้าหมายทุกปี และทุก 5 ปี ถึงระยะ 20 ปี ควรพิจารณาพื้นที่เป็นหลัก และบูรณาการการดำเนินการร่วมกันใน 4 กระทรวง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงาน และกระทรวงพัฒนาสังคมฯ โดยกำหนดทิศทางการดำเนินงานอย่างชัดเจน หากพื้นที่ใดมีความพร้อมและเข้มแข็งก็กระจายอำนาจออกไป โดยให้ท้องถิ่นเข้ามาช่วยดูแลด้านสุขภาพ ซึ่งจะสามารถช่วยแก้ไขปัญหาในเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสม และสอดคล้องกับพื้นที่ โดยแบ่งเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย ด้านต่าง ๆ ดังนี้

ด้านระบบบริหารจัดการ

ในอนาคตกระทรวงสาธารณสุข ต้องปรับบทบาทเป็นผู้กำกับดูแล (Regulator) และหน่วยบริการเป็นผู้ให้บริการ (Provider) ที่มีการบริหารจัดการเป็นอิสระ หรือกระจายอำนาจในระดับเขต ในส่วนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อ (Purchaser) ในส่วนของยุทธศาสตร์ปฐมภูมิจะต้องมีความสอดคล้องทั้งการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ ต้องกระจายอำนาจงานปฐมภูมิให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วม ปรับระบบบริการให้ใกล้ชิดกับประชาชน เป็นระบบบริการที่มีคุณค่าเพิ่มขึ้น ยกย่องโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีการบริหารจัดการแบบใหม่เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ส่วนโรคไม่ติดต่อที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ควรมีการจัดสรรงบประมาณที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน นำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยให้ประชาชนพื้นที่ห่างไกลสามารถเข้าถึงบริการและมุ่งเน้นให้บริการเชิงรุกถึงบ้าน และชุมชน ใช้เทคโนโลยีที่ง่ายที่สุดออกไปให้ประชาชน เพื่อให้ความรู้และกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ พัฒนา

นวัตกรรมต่าง ๆ มาใช้ในการบริหารจัดการให้มากขึ้น เช่น การใช้โปรแกรมในการปรึกษาแพทย์ เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแพทย์และพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วย การนำเทคโนโลยีดิจิทัลที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลของคนไข้ที่ครอบคลุมทั้งระบบปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ “เปลี่ยนจาก Smart Hospital ให้เป็น Convenience Hospital” อีกทั้งสร้างระบบประเมินให้ทันเหตุการณ์ ไม่ยุ่งยากและเพิ่มภาระงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ด้านโครงสร้างและพัฒนากำลังคน

กำหนดโครงสร้างกรอบอัตรากำลังระบบบริการสาธารณสุขให้มีมาตรฐานเดียวกันใน อปท. และ รพ.สต. โดยออกแบบโครงสร้างและหน้าที่ให้เหมาะกับบริบทของพื้นที่ อีกทั้งการพัฒนา อสม. ให้มีความเชี่ยวชาญให้เหมาะสมกับบริบทแต่ละพื้นที่ รวมสรรพกำลังจากทุกหน่วยงานภาครัฐต้องบูรณาการการดำเนินงานร่วมกัน ทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ

2. ข้อเสนอแนะต่อภาคส่วนอื่นที่เกี่ยวข้อง

นอกจากข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลายภาคส่วนสามารถบริหารจัดการจัดระบบบริการปฐมภูมิ ในส่วนที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ 1) หน่วยงานในพื้นที่เขตเมือง สามารถนำมาปรับวิธีการทำงานร่วมกับเอกชน ซึ่งต้องศึกษาเชิงลึกในบริบทเขตเมืองที่แตกต่างออกไป ระหว่างระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง ที่เป็นเมืองหลวง หรือมหานคร และเขตเมือง ในจังหวัดต่าง ๆ ควรพัฒนาศักยภาพคลินิกหมอครอบครัว โดยเฉพาะเขตเมือง กำหนดให้เป็นบทบาทของ สปสช. และกทม. ให้การสนับสนุนแก่บุคลากรในสาขาวิชาชีพต่าง ๆ และราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย อีกส่วนที่สำคัญคือ ปรับปรุงแก้ไขกฎหมาย ข้อกำหนด ระเบียบต่าง ๆ เพื่อให้เอื้อต่อการจัดบริการการแพทย์ปฐมภูมิ และคลินิกหมอครอบครัวทั้งในส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น เพิ่มสัดส่วนหมอครอบครัวมากขึ้น และสนับสนุนทุนการศึกษาด้านการแพทย์และสาธารณสุขให้กับนักเรียนในท้องถิ่น เพื่อกลับมาพัฒนาท้องถิ่นอีกทั้ง ควรเพิ่มหน่วยบริการ

ด้านต่างๆ เพื่อรองรับการให้บริการที่ทั่วถึง โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของสถานบริการด้านเอกชน การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคนเมือง และปรับระบบบริหารจัดการกองทุนของ สปสช. ให้เอื้อและเป็นอิสระต่อการบริหารจัดการของ กทม. ในการจัดบริการสุขภาพ 2) กระทรวงแรงงานควรปรับกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ให้มีความเชื่อมโยงกับพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ซึ่งจะทำให้ผู้ประกันตน ซึ่งเป็นประชาชนส่วนหนึ่งที่เข้าไม่ถึงระบบปฐมภูมิ สามารถได้รับบริการที่เท่าเทียมกันตามบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2560

วิจารณ์

จากข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากผู้บริหารบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องซึ่งเป็นมุมมองที่สำคัญต่อระบบบริการปฐมภูมิในอนาคต จะเห็นว่าในอดีตที่ผ่านมา ภาครัฐลงทุนกับการบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลแต่ละระดับ (ทุติยภูมิ ตติยภูมิ) เพื่อมุ่งให้บริการรักษาพยาบาลประชาชนให้หายจากการเจ็บป่วยทำให้โรงพยาบาลหลายแห่งประสบภาวะขาดทุนเนื่องจากการมีงบประมาณาลงทุนในการสร้างโครงสร้างพื้นฐานและจัดระบบบริการรักษาพยาบาล แต่ผลลัพธ์ในการดำเนินงานกลับพบว่า ประชาชนไม่ได้รับการเจ็บป่วยลดลง แต่กลับเพิ่มจำนวนมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อและโรคติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นโรคที่ประชาชนสามารถป้องกันได้จากการปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ในปัจจุบันถึงแม้ว่าภาครัฐให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริการในระดับปฐมภูมิ แต่งบประมาณที่เคยลงทุนในโรงพยาบาลจำนวนมากส่วนหนึ่งได้นำมาพัฒนาและลงทุนการจัดบริการในระดับปฐมภูมิ ที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมมากขึ้นคือการสร้าง นา ช่อม ในการดูแลต้องมีความหลากหลายสามารถดูแลได้ตั้งแต่เกิด เจ็บป่วย จนตาย ส่วนประชาชนต้องมีศักยภาพพึ่งพาตนเองได้ ระบบบริการปฐมภูมิ

ที่ยึดประชาชนเป็นหลัก สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการให้ประชาชนทุกคนเป็นหมอที่เข้าใจสุขภาพตนเองและดูแลสุขภาพตนเองได้บนฐานของปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง มีการสื่อสารความรู้สุขภาพ โดยใช้เทคโนโลยีและสื่อที่ทันสมัย โดยระบบปฐมภูมิต้องให้ชุมชนเป็นฐานสำคัญ ตั้งแต่ บุคคล ครอบครัว ชุมชน จากข้างล่างขึ้นมา ซึ่งระบบการดูแลสุขภาพเบื้องต้น (Primary Health Care) เป็นของประชาชนโดยประชาชนต้องดูแลตนเองได้⁽²⁾ ในอนาคตประชาชนไม่ควรเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ โดยมีการดูแลสุขภาพเบื้องต้นเป็นเครื่องมือ และเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนระบบการดูแลสุขภาพไปสู่พื้นที่ได้อย่างแท้จริง อีกทั้งควรพิจารณาเรื่องความมั่นคงของมนุษย์ทั้งระบบ ไม่ว่าจะเป็นด้านสุขภาพ การศึกษา วัฒนธรรม การเมือง และที่อยู่อาศัย ควรมองในมุมกว้างเหมือนการดูแลในเรื่องคุณภาพชีวิต ให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ตามแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข⁽¹³⁾ โดยการดูแลตนเองก่อนเกิดโรค และหากเกิดโรคก็สามารถเข้าถึงการปรึกษาขั้นต้นจากแพทย์ที่รับผิดชอบในระบบปฐมภูมิก่อน และหากมีความจำเป็นด้านสุขภาพจะถูกส่งต่อไปในระบบส่งต่ออย่างถูกต้องเหมาะสม ทั้งภาครัฐและภาคชุมชนต้องบูรณาการทำงานร่วมกัน เพราะปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรม ซึ่งจะอาศัยสถานบริการอย่างเดียวไม่ได้ ต้องอาศัยชุมชน ที่เรียกว่าระบบสุขภาพชุมชน ในการส่งเสริมให้ชุมชนดูแลตนเองจัดทำ ดำเนินการ และเป็นเจ้าของโครงการสุขภาพด้วยตนเอง สิ่งสำคัญที่ยังเป็นข้อจำกัดของระบบบริการปฐมภูมิ คือต้องมีการกระจายกำลังคนอย่างเพียงพอ อีกทั้งมีระบบการบริหารจัดการข้อมูลและงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งคณะผู้ศึกษาหวังเป็นอย่างยิ่งว่างานวิจัยนี้จะมีประโยชน์ในการนำข้อเสนอแนะและข้อจำกัดของระบบบริการปฐมภูมิไปเป็นแนวทางการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิของประเทศไทยในอนาคต และใช้ประกอบการศึกษาสำหรับบุคคลที่สนใจในประเด็นที่เกี่ยวข้องต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลงได้ด้วยความอนุเคราะห์จากผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขทั้งอดีตและปัจจุบัน ผู้เกี่ยวข้องจากหน่วยงานภายในและนอกกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้แนวความคิดและข้อเสนอแนะ ในการศึกษาระบบบริการปฐมภูมิ โดยมองผลลัพธ์ที่สำคัญกับประชาชน และเชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิให้รอบด้าน ในระบบสาธารณสุขทั้งของประเทศไทย เขตเมือง เขตชนบท และโรงงาน ซึ่งถือเป็นกลุ่มสำคัญ ท้ายที่สุดผู้ศึกษาต้องขอขอบคุณหน่วยงานต่างๆ ที่สนับสนุนแหล่งข้อมูล จนทำให้สามารถสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- Office of National Economic and Social Development Board. 20-Year National Strategy 2018–2037. Bangkok: Office of National Economic and Social Development Board; 2018. (in Thai)
- Sriwanitchakorn S, Yana T, Chalodet B. Situation of Primary Care System in Thailand, 2010. Sahamit Printing and Publishing; 2015. (in Thai)
- Strategic and Planning Division (TH). Health Resources Reporting System, Primary Care Unit. Nonthaburi: Strategic and Planning Division; 2018. (in Thai)
- Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health (TH). 20-year National Strategic Plan on Public Health (2017–2036). 2nd revised ed; 2018. (in Thai)
- International Conference on Primary Health Care, World Health Organization, United Nations Children's Fund (UNICEF). Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. 1978.
- Buranatrevedh S, Puttawanchai V, Wayurakul W, Pattaraarchachai J. Urban Primary Care System in 14 countries. Journal of Health Systems Research. 2010;6(2):144–55.
- Yangkratok S. Research and Development of Decentralization of Health to Local Administrative Organizations. Reform of the Public Health Service System and Universal Health Insurance. Bangkok: Somboon Printing; 2001. (in Thai)
- Thienthavorn W. 3 Era of Thai Public Health Thailand [Internet]. 2019 [cited 2019 May 22]. Available from: https://www.matichon.co.th/columnists/news_125602 (in Thai)
- Pimmasri R. 20 Years of the Golden Card, Past–Present–Future National Health Security System [Internet]. 2021 [cited 2019 May 22]. Available from: <https://www.prachachat.net/d-life/news-641182> (in Thai)
- Sirikanokwilai R. Mission in Supporting Primary Care Centers in Phra Nakhon Si Ayutthaya District in 2002. Region 1 Medical Journal. 2003;1(2):1–116. (in Thai)
- The Secretariat of the Cabinet (TH). Primary Health Systems Act, B.E. 2562 [Internet]. 2019 [cited 2019 May 20]. Available from: http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PD-F/2562/A/056/T_0165.PDF (in Thai)
- Koocharoenprasit S, Siriwanarangsun P. Primary Care Service System in Urban Setting: A case Study in Bangkok Area, B.E. 2560. Journal of Preventive Medicine Association of Thailand. 2018;8(2):182–90. (in Thai)
- Office of the National Economic and Social Development Council. National Reform Plan on Public Health, Revised Edition B.E. 2021. Bangkok: Office of the National Economic and Social Development Council; 2021. (in Thai)